

Витебский государственный медицинский университет
Кафедра общей врачебной практики

Поликлиническая терапия. Курс 4. Тема 7.

Болезни органов пищеварения

Функциональная диспепсия, хронический гастрит,
пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки:
амбулаторные аспекты диагностики и лечения.

Врачебная тактика и скорая медицинская помощь при подозрении
на желудочно-кишечное кровотечение в амбулаторных условиях.

Хронический панкреатит: амбулаторные аспекты диагностики и лечения.
Скорая медицинская помощь при печеночной колике в амбулаторных условиях

Амбулаторные аспекты ведения болезней органов пищеварения

Доцент кафедры общей
врачебной практики
Врач-терапевт высшей
квалификационной категории
ЕГОРОВ
Константин Николаевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики высшей
квалификационной категории
СЕРЁГИН
Андрей Геннадьевич

Ассистент кафедры общей
врачебной практики
врач-гематолог первой
квалификационной категории
ЗУБАРЕВА
Елена Валерьевна

Старший преподаватель
кафедры общей
врачебной практики
врач общей практики
БАРЫШЕВ
Артём Николаевич

Симптомы, признаки и отклонения от
нормы, относящиеся к органам
пищеварения

Абдоминальная боль

Хронического гастрит

Анемия

Асцит

Гематокезия

Гепатомегалия

Гипербилирубинемия

Гипертрансаминаземия

Дисфагия

Желтуха

Запор

Изжога

Метеоризм

Недержание кала

Тошнота и рвота

Хроническая диарея

Оценка пищевого статуса

Симптомы тревоги

Принципы ведения пациентов

Профилактика

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов
пищеварения»

- Абдоминальная боль:
 - R10 боли в области живота и таза;
 - R10.0 острый живот;
 - R10.1 боли, локализованные в верхней части живота (эпигастральные боли);
 - R10.2 боли в области таза и промежности;
 - R10.3 боли, локализованные в других областях нижней части живота;
 - R10.4 другие и неуточненные боли в области живота
- Анемия:
 - D50 железодефицитная анемия;
 - D51 витамин-B12-дефицитная анемия;
 - D52 фолиеводефицитная анемия;
 - D53 другие анемии, связанные с питанием
- Асцит (R18)
- Гематокезия – наличие неизменной крови в кале (R19.5)
- Гепатомегалия (R16.0)
- Гипербилирубинемия (R79)
- Гипертрансаминаземия (R74.0)
- Дисфагия (R13)
- Желтуха (R17)
- Запор (R19.4)
- Изжога (R12)
- Метеоризм (R14)
- Недержание кала (R15)
- Тошнота и рвота (R11)
- Хроническая диарея (R19.4)

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: абдоминальная боль

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов
пищеварения»

- Абдоминальная боль – это неприятное чувство, связанное с действительным или возможным повреждением тканей, или описанное в терминах этого повреждения, локализующееся в области живота
- Острая абдоминальная боль – это боль в животе, развивающаяся, как правило, быстро, реже – постепенно и имеющая небольшую временную продолжительность – до 7 дней
- Хроническая абдоминальная боль – боль в животе, длящаяся более 7 дней;
- Острый живот – быстро развившаяся интенсивная абдоминальная боль, сопровождающаяся напряжением мышц живота
- **ВНИМАНИЕ! Впервые возникшая клинически значимая абдоминальная боль – это боль до 72 часов.** Такая боль нуждается в дифференцировке с заболеваниями, нуждающимися в срочном оперативном лечении.
- Оценка степени тяжести абдоминальной боли выполняется по визуально-аналоговой шкале от 1 до 10 баллов
- **Показания для госпитализации пациентов с абдоминальной болью:**
 - острый живот;
 - острая абдоминальная боль выраженной интенсивности;
 - острая абдоминальная боль в сочетании с системными признаками воспаления;
 - невозможность проведения обследования в амбулаторных условиях при хронической абдоминальной боли.
- При острой абдоминальной боли пациенту рекомендуется голодание; до уточнения причины абдоминальной боли фармакотерапия не назначается.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: абдоминальная боль, диагностика

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

ОСТРАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ

ОБЯЗАТЕЛЬНО:

- **Оценка наличия перитонеальных симптомов.**
- Термометрия тела пациента.
- ОАК
- ОАМ
- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, амилаза (липаза), креатинин, мочеви́на, глюкоза.
- Диастаза мочи.
- ЭКГ
- Обзорная рентгенография ОБП
- УЗИ ОБП.
- При локализации боли в нижних отделах живота: УЗИ малого таза; врачебная консультация врача-акушера-гинеколога
- При локализации боли в верхних отделах живота: рентгенография ОГК; врачебная консультация врача-хирурга.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО:

- ЭГДС
- Рентгенография желудка с пассажем бария по кишечнику
- Колоноилеоскопия
- КТ ОБП

ХРОНИЧЕСКАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ БОЛЬ

ОБЯЗАТЕЛЬНО:

- Длина тела, масса тела, ИМТ.
 - Термометрия тела пациента.
 - ОАК
 - ОАМ
 - БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, амилаза (липаза), креатинин, мочеви́на, глюкоза
 - ЭКГ
 - УЗИ ОБП
 - При локализации боли в нижних отделах живота: УЗИ малого таза; врачебная консультация врача-акушера-гинеколога
 - ЭГДС
 - Оценка соответствия критериям функциональных расстройств: длительность анамнеза не менее 6 месяцев, отсутствие «симптомов тревоги», наличие других критериев СРК, функциональной диспепсии или функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди
 - Колоноскопия (пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска КРР)
- #### ДОПОЛНИТЕЛЬНО:
- Колоноилеоскопия
 - Рентгенография желудка
 - Релаксационная дуоденография
 - КТ (МРТ) ОБП с внутривенным контрастированием и контрастированием ЖКТ
 - Энтерография
 - МР-ХПГ
 - Эндосонография панкреатобилиарной системы
 - Энтероскопия (капсульная, двухбаллонная)
 - Врачебная консультация врача-хирурга
 - Врачебная консультация врача-невролога
 - Врачебная консультация врача-психотерапевта (врача-психиатра)

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: анемия

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Анемия – это снижение концентрации гемоглобина, как правило, при одновременном уменьшении числа эритроцитов
- При оценке степени тяжести анемии выделяют:
 - легкую: гемоглобин менее 120 г/л у женщин (110 г/л – у беременных женщин) или 130 г/л у мужчин, но более 90 г/л;
 - среднюю: гемоглобин 70-90 г/л;
 - тяжелую: гемоглобин <70 г/л.
- Показанием для госпитализации пациента является анемия тяжелой степени.
- При анемии легкой и средней степени тяжести фармакотерапия не проводится до уточнения причины анемии.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Оценка статуса питания- Анализ пищевого анамнеза (соответствие фактического рациона потребностям в нутриентах и энергии) и фармакологического анамнеза (прием пациентом аминосалициловой кислоты, НПВП, антикоагулянтов, ЛС, подавляющих кроветворение)- ОАК, включая тромбоциты, ретикулоциты- ОАМ.- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, железо, ферритин, общий белок.- ЭКГ.- Пальцевое исследование прямой кишки.- ИТСК- Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.- УЗИ ОБП- ЭГДС с биопсией из желудка (2 биоптата из тела желудка – по малой и большой кривизне (первый флакон); 2 биоптата из антрального отдела – по малой и большой кривизне и 1 биоптат из угла желудка (второй флакон) и двенадцатиперстной кишки (не менее 3 биоптатов, включая биоптаты из постбульбарного отдела – 3-й флакон).- Диагностика инфекции НР (гистологический метод или ¹³С-дыхательный тест).- Колоноскопия (пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска КРР)- УЗИ малого таза.- Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога	<ul style="list-style-type: none">- Определение серологических маркеров целиакии: определение в сыворотке крови антиглиадиновых антител класса иммуноглобулинов G AGA-IgG, tTGA-IgA- Колоноилеоскопия- КТ ОБП с внутривенным контрастированием- Врачебная консультация врача-гематолога

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: асцит

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов
пищеварения»

- Асцит – это скопление свободной жидкости в брюшной полости пациента
- Степени тяжести асцита:
 - легкая (1 степень) – асцит выявляется у пациента при визуализирующих исследованиях;
 - умеренная (2 степень) – асцит определяется у пациента при физикальном исследовании;
 - выраженная (3 степень) – асцит сопровождается выраженным увеличением живота у пациента, определяется напряженный асцит;
- Показания для госпитализации пациента: впервые выявленный асцит; асцит 3 степени тяжести.
- Лечение пациента с асцитом включает:
 - ограничение при 1 и 2 степени асцита приема поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут, включая натрий, поступающий с инфузионными растворами);
 - при асците 3 степени проведение парацентеза с эвакуацией большого объема жидкости в сочетании с инфузионной терапией в конце парацентеза (альбумин 6-8 г на каждый литр эвакуированной жидкости, плазмозаменители, кристаллоидные инфузионные растворы) с последующим назначением диуретиков и ограничением приема поваренной соли до 5 г/сут (натрия до 2 г/сут).

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- ОАК.- ОАМ.- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза.- Определение ПТИ или МНО.- ЭКГ.- Рентгенография ОГК.- УЗИ ОБП с доплерографией сосудов системы воротной вены.- ЭГДС- УЗИ малого таза.- Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога.- Диагностический парацентез с исследованием асцитической жидкости: количество клеток в 1 мл с их дифференцировкой, бактериологическое исследование, культура микобактерий туберкулеза, цитологическое исследование, белок, амилаза, сывороточно-асцитический градиент альбумина.	<ul style="list-style-type: none">- УЗИ сердца- Врачебная консультация врача-кардиолога- КТ ОБП и малого таза с внутривенным контрастированием.- Колоноилеоскопия.- Врачебная консультация врача-хирурга.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: гематохезия

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов
пищеварения»

- Гематохезия – это наличие неизменной крови в кале.
- Показания для госпитализации пациента с гематохезией: профузное кровотечение; анемия средней или тяжелой степени; невозможность проведения обследования пациента в амбулаторных условиях.
- Лечение пациента с гематохезией включает:
 - ограничение употребления клетчатки;
 - при анемии тяжелой степени – трансфузия эритроцитарной массы;
 - при анемии легкой или средней степени фармакологическая коррекция анемии не проводится до установления источника кровотечения;
 - при признаках гиповолемии – инфузионная терапия (плазмозаменители, кристаллоидные инфузионные растворы).

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Оценка статуса питания- Анализ пищевого анамнеза пациента (соответствие фактического рациона потребностям в нутриентах и энергии) и фармакологического анамнеза пациента (прием аминосалициловой кислоты, НПВП, антикоагулянтов, ЛС, подавляющих кроветворение, ЛС, содержащих железо, активированного угля).- Термометрия тела пациента.- ОАК.- ОАМ.- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, СРБ, железо, ферритин.- ЭКГ- Пальцевое исследование прямой кишки.- ИТСК.- Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.- Ректосигмоскопия	<ul style="list-style-type: none">- Врачебная консультация врача-проктолога.- Колоноилеоскопия.- УЗИ ОБП, включая кишечник.- ЭГДС.- Энтероскопия (капсульная или двухбалонная).

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: гепатомегалия

Основание: Постановление Министерства
здравоохранения Республики Беларусь
№54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Гепатомегалия – это увеличение размеров печени, определяемое любым методом исследования
- Показания для госпитализации пациента с гепатомегалией отсутствуют
- Лечение пациента с гепатомегалией до установления нозологической формы гастроэнтерологического заболевания не проводится.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Длина тела, масса тела, ИМТ, оценка динамики массы тела за период, предшествовавший выявлению гепатомегалии.- Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента.- Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя- Термометрия тела пациента.- ОАК.- ОАМ.- Глюкоза крови.- ЭКГ.- БАК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, липидный спектр.- УЗИ ОБП.- Маркеры вирусного гепатита (HBsAg, anti-HCV).	<ul style="list-style-type: none">- Оценка сердечной недостаточности как причины гепатомегалии (при наличии сердечной недостаточности).- БАК: церулоплазмин, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ, альфа1-антитрипсин, протеинограмма.- Врачебная консультация врача-офтальмолога (кольца Кайзера-Флейшера).- Медь в сыворотке крови.- Медь в суточной моче.- Доплерографическое исследование сосудов портальной системы.- АФП.- КТ ОБП с внутривенным контрастированием.- Врачебная консультация врача-инфекциониста.- Врачебная консультация врача-гематолога.- Биопсия печени.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: гипербилирубинемия

Основание: Постановление Министерства
здравоохранения Республики Беларусь
№54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Гипербилирубинемия – это изолированное повышение уровня билирубина в сыворотке крови при сохранении обычной окраски кожных покровов пациента
- Желтуха – это повышение уровня билирубина в сыворотке крови в сочетании с желтушной окраской кожных покровов пациента
- Показания для госпитализации пациента с гипербилирубинемией без желтухи отсутствуют
- Лечение пациента с гипербилирубинемией до установления нозологической формы заболевания органов пищеварения не проводится.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Длина тела, масса тела, ИМТ.- Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента.- Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя- ОАК, включая ретикулоциты.- ОАМ- БАК: билирубин крови, фракции билирубина (повторное определение – через 7-14 дней).- БАК: АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, липидный спектр, амилаза (липаза).- Маркеры вирусного гепатита (HBsAg, anti-HCV).- УЗИ ОБП.	<ul style="list-style-type: none">- Тест на осмотическую резистентность эритроцитов.- Определение свободного гемоглобина в моче.- Проба Кумбса.- Церулоплазмин сыворотки крови, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ, альфа1-антитрипсин.- ЭГДС с осмотром фатерова соска.- Врачебная консультация врача-гематолога.- Молекулярно-генетическое исследование (синдром Жильбера).- Биопсия печени.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: гипертрансаминаземия

Основание: Постановление Министерства
здравоохранения Республики Беларусь
№54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Гипертрансаминаземия – это повышение уровня АЛАТ и/или АсАТ в сыворотке крови пациента
- Степени тяжести гипертрансаминаземии:
 - легкая степень – уровень трансаминаз до 3-х норм;
 - умеренная степень – уровень трансаминаз 3-10 норм;
 - тяжелая степень – уровень трансаминаз более 10 норм.
- Показания для госпитализации пациента с гипертрансаминаземией: тяжелая степень тяжести гипертрансаминаземии; необходимость проведения биопсии печени.
- Лечение пациента с гипертрансаминаземией включает: исключение употребления алкоголя; отмена ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами, в отношении которых существует возможная временная взаимосвязь.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">-Длина тела, масса тела, ИМТ.-Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза у пациента.-Анализ анамнеза жизни и болезни (наличие заболеваний с поражением мышечной ткани, интенсивная физическая нагрузка).-Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя-ОАК-ОАМ.-Повторное определение АсАТ и АЛАТ в сыворотке крови через 2 недели после отказа от употребления алкоголя и (или) отмены ЛС (при подозрении на медикаментозное поражение).-БАК: билирубин, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС, ТГ, общий белок, КФК.-Маркеры вирусного гепатита (HBsAg, anti-HCV).-ЭКГ.-УЗИ ОБП.	<ul style="list-style-type: none">-Церулоплазмин сыворотки крови, сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ, альфа1-антитрипсин, протеинограмма.-IgA, M, G.-Аутоантитела: ANA, AMA, SMA, anti-LKM, SLA/LP-Anti-HBcor и другие вирусные маркеры.-ЭГДС с осмотром фатерова соска.-Врачебная консультация врача-офтальмолога (кольца Кайзера-Флейшера).-Суточная экскреция меди с мочой.-Биопсия печени.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: дисфагия

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Дисфагия – это затруднения или дискомфорт при глотании
- Орофарингеальная дисфагия – это расстройство глотания на уровне ротовой полости, глотки или верхнего пищеводного сфинктера
- Эзофагеальная дисфагия – расстройство глотания на уровне тела пищевода, нижнего эзофагального сфинктера
- Показанием к госпитализации пациента является тяжелая дисфагия с развитием недостаточности питания
- Лечение пациента с дисфагией включает: дробное питание, механическое щажение, употребление пищи в протертом, пюреобразном, жидком виде; при наличии высокого нутритивного риска – смеси для энтерального питания в дополнение к основному рациону или как единственный источник питания в индивидуально рассчитанной дозе, позволяющей покрыть суточную потребность в энергии и нутриентах, устранить недостаточность питания.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<ul style="list-style-type: none">- Оценка статуса питания.- ОАК.- ОАМ.- Глюкоза крови.- БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ХС, глюкоза.- ЭКГ.- Врачебная консультация врача-невролога (при остро возникшей орофарингальной дисфагии).- Рентгенография органов грудной полости.- ЭГДС с множественной биопсией пищевода, в том числе при отсутствии признаков воспаления (для исключения эозинофильного эзофагита).	<ul style="list-style-type: none">- Врачебная консультация врача-оториноларинголога.- Рентгенография пищевода и желудка с барием, в том числе в положении Тренделенбурга.- БИК: железо, ферритин, УЗИ щитовидной железы.- КТ органов грудной полости.- КТ (МРТ) – эзофагография.- Врачебная консультация врача-хирурга.- Врачебная консультация врача-ревматолога.- Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: желтуха

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Желтуха – это желтое окрашивание склер, слизистых оболочек, кожи;
- Впервые возникшая желтуха является показанием к госпитализации пациента
- До установления причины желтухи проводится симптоматическое лечение.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<p>- Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ фармакологического (ЛС с гепатотоксическими побочными эффектами), эпидемиологического (контакт с пациентами, имеющими ВГ), наследственного (болезни печени у родственников), токсического (контакт со средствами гепатотоксического действия) анамнеза пациента. Анализ алкогольного анамнеза, определение среднесуточной потребляемой дозы алкоголя. Термометрия тела пациента. ОАК, включая тромбоциты, ретикулоциты. ОАМ. Определение желчных пигментов в моче. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, альбумин, мочевины, креатинин, глюкоза, амилаза (липаза). Маркеры вирусного гепатита (HBsAg, anti-HCV). УЗИ ОБП. ЭКГ. ПТИ или МНО.</p>	<p>Anti-HAV-IgM. Врачебная консультация врача-инфекциониста. Рентгенография органов грудной полости ЭГДС с осмотром фатерова соска. УЗ ОБП с доплерографией сосудов портальной системы. Врачебная консультация врача-хирурга. Врачебная консультация врача-гематолога. Врачебная консультация врача-офтальмолога (определение колец Кайзера-Флейшера). Протеинограмма. IgG, IgM, IgA. Церулоплазмин сыворотки крови. Медь в суточной моче. Сывороточный ферритин, железо, трансферрин, НТЖ. Аутоантитела: ANA, AMA, SMA, anti-LKM, SLA/LP. КТ ОБП с внутривенным контрастированием. АФП, РЭА, СА 19-9. ЭРХПГ или МР-ХПГ. Эндосонография панкреатобилиарной системы. Молекулярно-генетическое исследование (болезнь Вильсона-Коновалова, синдром Жильбера). Биопсия печени. Биопсия поджелудочной железы.</p>

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: запор

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Запор – это опорожнение кишечника менее 3 раз в неделю, при котором акт дефекации сопровождается дополнительными усилиями с выделением непластичных уплотненных каловых масс и не приносит удовлетворения пациенту;
- При оценке степени тяжести запора выделяют:
 - легкую – частота стула 1-2 раза в неделю;
 - среднюю – частота стула 1 раз в 8-10 дней;
 - тяжелую – частота стула менее 1 раза в 10 дней.
- Появление крови, сопровождающей выделение каловых масс, утяжеляет степень тяжести запора
- Показания для госпитализации пациента отсутствуют
- Лечение пациента с запором включает: оптимизацию рациона питания (25-30 г пищевых волокон в сутки), питьевого режима и физической активности; назначение слабительных лекарственных средств, дозы, режим и длительность приема которых подбираются индивидуально с учетом тяжести проявлений и ответа на лечение: бисакодил 1-2 таблетки (5-10 мг) на ночь или 1-2 суппозитории ректально; лактулоза 15-45 мл/сут с последующим переходом на поддерживающую дозу 10-25 мл/сут; макрогол 4000 1-2 пакета (10-20 г) в сут.

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
<p>Оценка статуса питания</p> <p>Анализ пищевого (недостаточное содержание пищевых волокон в рационе, недостаточное употребление жидкости, нерегулярное питание) и фармакологического (связь с назначением ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов запор) анамнеза пациента.</p> <p>ОАК.</p> <p>БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза, ХС.</p> <p>Пальцевое исследование прямой кишки.</p> <p>Иммунохимический ТСК.</p> <p>Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие.</p> <p>Ректосигмоскопия или колоноскопия (при впервые возникшем запоре пациентам в возрасте старше 50 лет или старше 40 лет при наличии других факторов риска КРР).</p>	<p>Обзорная рентгенография органов брюшной полости.</p> <p>Врачебная консультация врача-проктолога.</p> <p>УЗИ ОБП.</p> <p>Оценка соответствия критериям функциональных расстройств.</p> <p>Ректосигмоскопия.</p> <p>Ирригоскопия, в том числе в положении стоя.</p> <p>Колоноскопия.</p> <p>Определение времени кишечного транзита.</p> <p>ЭГДС.</p> <p>Гормоны щитовидной железы.</p> <p>Врачебная консультация врача-эндокринолога.</p> <p>Врачебная консультация врача-невролога.</p> <p>Врачебная консультация врача-психотерапевта.</p>

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: ИЗЖОГА

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Изжога – это чувство жжения за грудиной, поднимающееся снизу вверх
- При оценке степени тяжести изжоги выделяют:
 - легкую – менее 2 раз в неделю;
 - среднюю – 2 раза в неделю и более, но не ежедневно;
 - тяжелую – ежедневно
- Показания к госпитализации пациента с изжогой отсутствуют
- Лечение пациента с изжогой включает:
 - назначение антацидных средств по 1 дозе 3-4 раза в сутки или в режиме «по требованию»;
 - назначение фамотидина 20-40 мг в сутки или ингибиторов протонной помпы в половинной дозе в режиме «по требованию».

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ ОАК. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, глюкоза. ЭКГ. Оценка соответствия критериям ГЭРБ.	ЭГДС. Биопсия слизистой оболочки пищевода. Тест с ИПП проводится согласно таблице 12 приложения 6 к настоящему Клиническому протоколу. Рентгенография пищевода и желудка с барием, в том числе в положении Тренделенбурга. Рентгенография органов грудной полости. Внутрипищеводная рН-импедансометрия. Врачебная консультация врача-психотерапевта. Врачебная консультация врача-кардиолога. Врачебная консультация врача-хирурга.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: метеоризм

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Метеоризм – это ощущение избыточного накопление газов в кишечнике, сопровождающееся вздутием живота, урчанием и переливанием и (или) повышенным выделением газов из кишечника
- Показания к госпитализации пациента с метеоризмом отсутствуют;
- Лечение пациента с метеоризмом включает: модификацию рациона питания; назначение симетикона 40-80 мг 2-3 раза в сутки

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
Длина тела, масса тела, ИМТ. Анализ рациона питания, поведения пациента во время приема пищи (факторы, предрасполагающие к аэрофагии). Анализ анамнеза на наличие факторов риска синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке. ОАК. Глюкоза крови. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, СРБ.	Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. Иммунохимический ТСК. Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. УЗИ ОБП. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (СРК, функциональное абдоминальное вздутие). Пробное соблюдение диеты с низким содержанием ферментируемых ди- и олигосахаридов. Обзорная рентгенография ОБП. ЭГДС с биопсией из ДПК (не менее 3 биоптатов). Колоноилеоскопия. Водородный дыхательный тест на мальабсорбцию углеводов (лактозы, фруктозы, сорбита, сахарозы) Водородный дыхательный тест на синдром избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: недержание кала

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Недержание кала – это повторяющееся неконтролируемое (непроизвольное) выделение каловых масс
- показаниями к госпитализации пациента с недержанием кала являются: невозможность проведения обследования пациента в амбулаторных условиях; тяжелое общее состояние;
- Лечение пациента с недержанием кала включает: гигиену анальной области; тренировку анального сфинктера при его функциональной недостаточности; хирургическое лечение при органических причинах недостаточности анального жома II-III степени.

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ Анализ рациона питания, фармакологического анамнеза (прием слабительных средств). ОАК. Глюкоза крови. Пальцевое исследование прямой кишки. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, СРБ, электролиты. Иммунохимический ТСК. Сфинктерометрия.	Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. Мазок из прямой кишки (анализ кала) на патогенную микрофлору. Врачебная консультация врача-проктолога или врача-хирурга. Ректоскопия или гибкая сигмоскопия. Ирригоскопия. Функциональное исследование замыкательного аппарата прямой кишки. УЗИ малого таза. Врачебная консультация врача-акушера-гинеколога. УЗИ ОБП. Врачебная консультация врача-невролога. ЭГДС. Колоноскопия. КТ малого таза. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: тошнота и рвота

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Тошнота – это тягостное ощущение в подложечной области и глотке с непроизвольным побуждением к рвоте, нередко предшествует рвоте;
- Рвота – это рефлекторное извержение содержимого желудка через рот.
- Показаниями к госпитализации пациента с тошнотой и рвотой является: дегидратация; повторная или неукротимая рвота; подозрение на кишечную непроходимость.
- Лечение пациента с тошнотой и рвотой включает: регидратационную терапию; домперидон 10 мг 3 раза/сут внутрь либо кратковременное (не более 5 дней) назначение метоклопрамида 10 мг 2-3 раза/сут внутрь (с промежутком между приемами не менее 6 ч) или в тяжелых случаях – 10 мг парентерально 1-3 раза/сут (с промежутком между введениями не менее 6 часов)

Обязательная	Дополнительная ¹
Длина тела, масса тела, ИМТ Оценка степени дегидратации пациента Анализ фармакологического и пищевого анамнеза пациента. Термометрия тела пациента Профиль АД пациента. ОАК. ОАМ БИК: общий белок, билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, амилаза (липаза), мочевина, креатинин, глюкоза, СРБ, (при тяжелой рвоте - электролиты). ЭКГ. Исключение беременности (экспресс- тест или УЗИ малого таза, осмотр врачом-акушером-гинекологом). Обзорная рентгенография ОБП (при рвоте). УЗИ ОБП.	Обзорная рентгенография органов брюшной полости. ЭГДС. Биопсия желудка (2 биоптата из тела желудка – по малой и большой кривизне (первый флакон); 2 биоптата из антрального отдела – по малой и большой кривизне и 1 биоптат из угла желудка (второй флакон)). Биопсия двенадцатиперстной кишки (не менее 3 биоптатов, включая биоптаты из постбульбарного отдела). Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. Рентгенография органов грудной полости. Рентгенография пищевода и желудка с барием. Релаксационная рентгеноконтрастная дуоденография. Пассаж бария по кишечнику. Внутрипищеводная рН-импедансометрия. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (хроническая идиопатическая тошнота, функциональная рвота, синдром циклической рвоты). Врачебная консультация врача-хирурга Врачебная консультация врача-невролога. Врачебная консультация врача-психотерапевта.

Симптомы, признаки и отклонения от нормы, относящиеся к органам пищеварения: хроническая диарея

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

- Хроническая диарея – это неоформленный стул, как правило, более 3 раз в сутки, продолжительностью более 4 недель
- При оценке степени тяжести хронической диареей выделяют:
 - легкую: наличие неоформленного стула до 6 раз в сутки;
 - средней тяжести: наличие неоформленного стула 6-8 раз в сутки;
 - тяжелую: наличие неоформленного стула более 8 раз в сутки.
- Наличие признаков дегидратации и (или) крови в кале и (или) внекишечных симптомов, совпадающих с диареей, усиливает степень тяжести диареей;
- Показаниями к госпитализации пациента с хронической диареей являются: диарея тяжелой степени; признаки дегидратации; недостаточность питания тяжелой степени; невозможность проведения необходимого обследования пациента в амбулаторных условиях.
- Лечение пациента с хронической диареей включает: профилактику дегидратации; при наличии признаков дегидратации – проведение регидратационной терапии; коррекцию статуса питания; при отсутствии крови в стуле и системных признаков воспаления – назначение лоперамида 0,002 г в режиме «по требованию».

Диагностика обязательная	Диагностика дополнительная
Оценка статуса питания. Оценка степени обезвоживания. Анализ пищевого (употребление и переносимость лактозы, количество жиров и пищевых волокон в рационе) и фармакологического (связь начала диареи с началом употребления ЛС, имеющих в качестве побочных эффектов диарею) анамнеза пациента. Термометрия тела пациента ОАК. БИК: билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ, ГГТП, общий белок, глюкоза, СРБ, амилаза, ХС. Анализ кала на яйца гельминтов, простейшие. Иммунохимический ТСК. Пальцевое исследование прямой кишки.	БИК: альбумин, железо, ферритин, кальций. Серологические маркеры целиакии: AGA-IgG, tTGA-IgA. УЗИ органов брюшной полости, включая оценку кишечника. Оценка соответствия критериям функциональных расстройств (СРК с диареей, функциональная диарея). Анализ кала на кальпротектин. Мазок из прямой кишки (анализ кала) на патогенную микрофлору. Анализ кала на <i>Campylobacter</i> и <i>E.coli</i> O157:H7. Анализ кала на токсин <i>Cl. Difficile</i> . ЭГДС с биопсией из луковицы ДПК (2 фрагмента) и постбульбарного отдела (3 фрагмента). Колоноилеоскопия с множественной биопсией (не менее 2 фрагментов из каждого осмотренного отдела, включая подвздошную и прямую кишку). Водородный дыхательный тест на СИБР с глюкозой. Водородные дыхательные тесты на мальабсорбцию углеводов (лактозы, фруктозы, сахарозы, сорбита). Рентгеновская энтерография. Водородный дыхательный тест с лактулозой для оценки времени ороцекального транзита. Гормоны щитовидной железы. Врачебная консультация врача-эндокринолога. Эндоскопия двенадцатиперстной кишки с увеличением. Энтероскопия капсульная. Энтероскопия двухбаллонная с множественной биопсией тонкой кишки. Оценка внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Пробная терапия панкреатическими ферментами: панкреатин в капсулах 25-50 тыс. ЕД Ph. Eur. липазы на один прием пищи. МР-ХПГ КТ поджелудочной железы с внутривенным контрастированием.

Оценка степени обезвоживания и профилактика дегидратации при диарее, состав раствора ПРС с низкой осмолярностью, регидратационная терапия (ВОЗ, 2006)

Основание: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь №54 от 01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»

Что оценивается	Степень нарушения		
Общее состояние	Хорошее, активное	Беспокойное, раздражительное	Заторможенное или без сознания
Глаза	В норме	Запавшие	Запавшие
Жажда	Нет, пьет обычно.	Жажда, жадно пьет.	Пьет плохо или не может пить.
Кожная складка	Расправляется быстро.	Расправляется медленно.	Расправляется очень медленно.
Потеря массы тела	<5%	5-10%	>10%
Степень обезвоживания	Нет.	Умеренное.	Тяжелое.

Обильное питье (взрослый может пить, сколько хочется, ребенок – 100 мл после каждого жидкого стула):

можно пить:	нельзя пить:
раствор пероральной регидратационной соли (далее – ПРС); рисовый отвар с солью или без; йогуртовый напиток; овощной или куриный суп; раствор: соль 3 г/л (полная чайная ложка без верха) + сахар 18 г/л; питьевая вода; некрепкий чай без сахара; свежеприготовленный фруктовый сок без сахара.	газированные прохладительные напитки; коммерческие фруктовые соки; подслащенный чай; кофе; лечебные чаи или инфузионные растворы, обладающие стимулирующим, мочегонным или слабительным действием.

Компонент	Молярная концентрация	Количество
Натрий	75 ммоль/л	натрия хлорид – 2,6 г/л
Хлорид	65 ммоль/л	
Калий	20 ммоль/л	калия хлорид – 1,5 г/л
Цитрат	10 ммоль/л	2,9 г/л
Глюкоза	75 ммоль/л	13,5 г/л
Осмолярность	245 моль/л	

Степень обезвоживания	Терапия
Умеренно обезвоживание	Пероральная регидратационная терапия с использованием раствора ПРС: <ul style="list-style-type: none"> – прекратить прием пищи на 4 часа; – количество ПРС в первые 4 часа: 2200-4000 мл или (масса тела, кг×75); – переоценка признаков обезвоживания через 4 часа; – при умеренном обезвоживании – продолжать прием ПРС, возобновить прием пищи; – при тяжелом обезвоживании – внутривенная регидратационная терапия.
Тяжелое обезвоживание	Внутривенная регидратационная терапия: <ul style="list-style-type: none"> – предпочтительно использовать раствор Рингера; могут использоваться 0,9% раствор натрия хлорида, другие солевые растворы (раствор глюкозы не применяется!); – количество вводимого в/в раствора в первые 30 мин: 30 мл/кг; – количество вводимого в/в раствора в последующие 2,5 часа: 70 мл/кг; – переоценка признаков обезвоживания каждые 1-2 часа; при отсутствии улучшения – увеличение скорости инфузии; – пероральный прием раствора ПРС (5 мл/кг/час).

Диагностика заболеваний органов пищеварения: оценка статуса питания по индексу массы тела

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

ИМТ	Оценка статуса питания
Менее 16	Недостаточность питания тяжёлой степени
16,0-16,99	Недостаточность питания средней степени
17,0-18,49	Недостаточность питания лёгкой степени
18,5-24,99	НОРМА
25,0-29,99	Избыточная масса тела
30,0-34,99	Ожирение I степени
35,0-39,99	Ожирение II степени
40,0 и более	Ожирение III степени

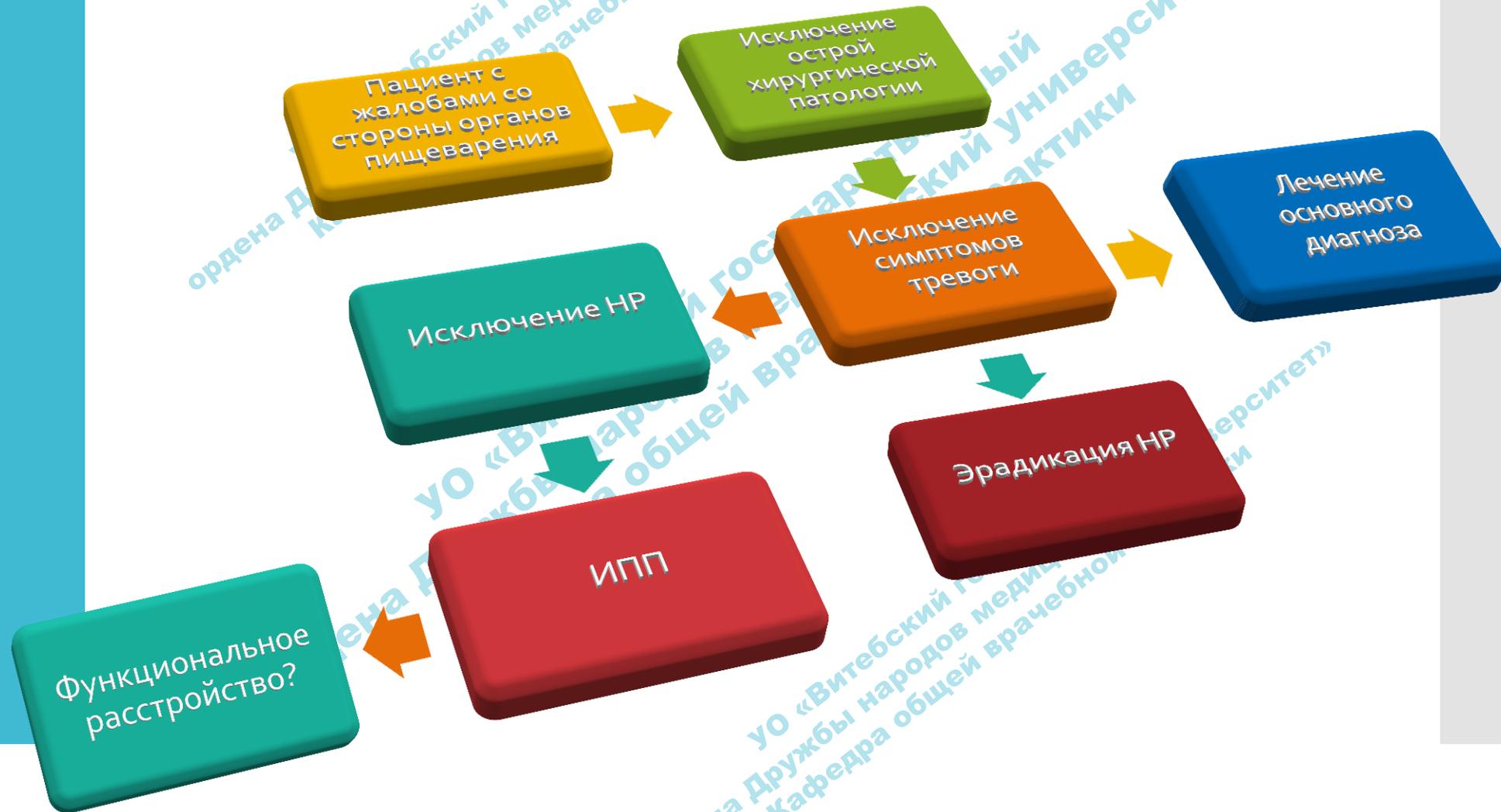
Диагностика заболеваний органов пищеварения: симптомы тревоги

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от 01.06.2017
года «КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение пациентов с
заболеваниями органов пищеварения»

- Симптомы тревоги – это признаки, свидетельствующие о высокой вероятности наличия органической патологии

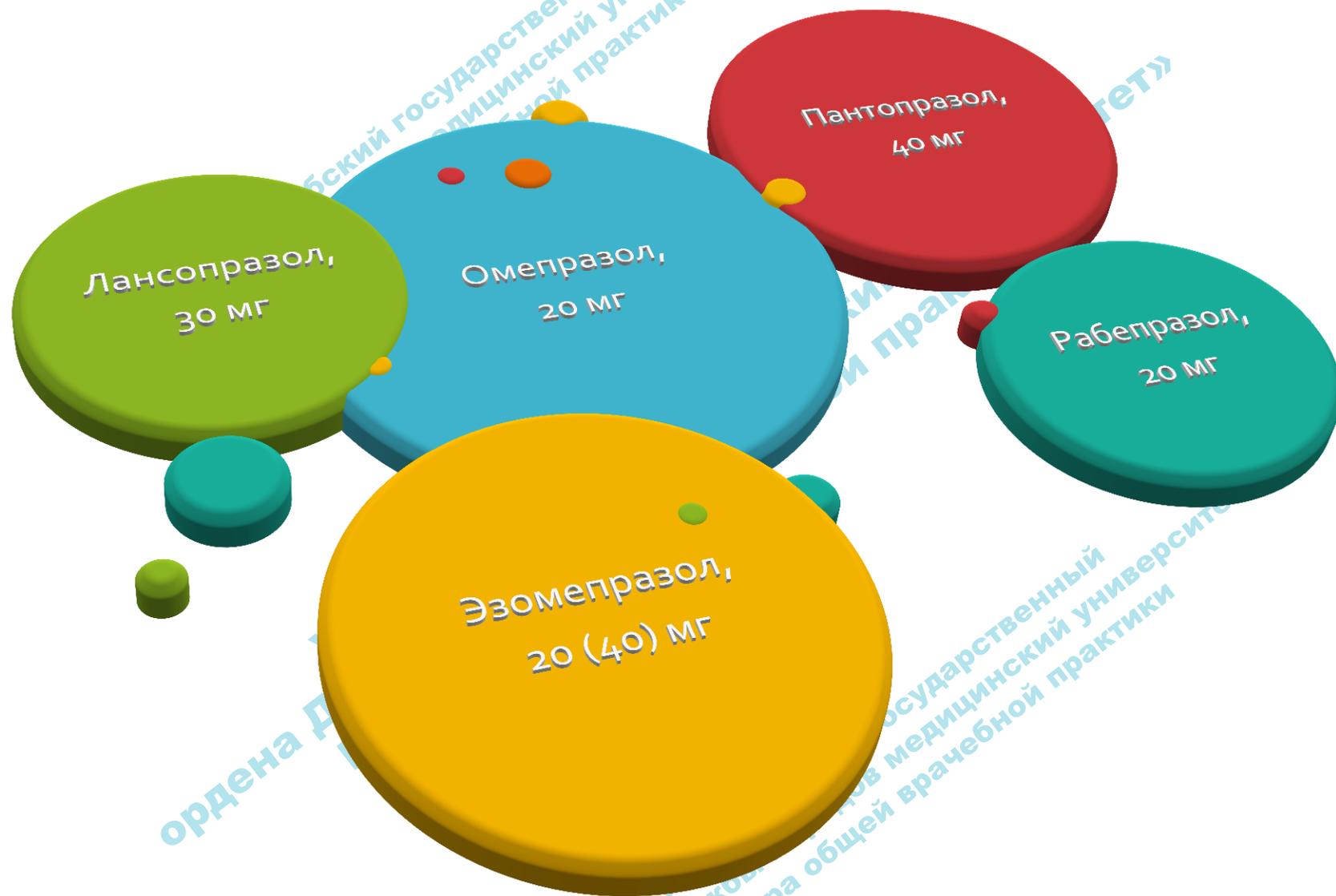


Принципы ведения



Лечение: ингибиторы протонной помпы, стандартные дозы

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

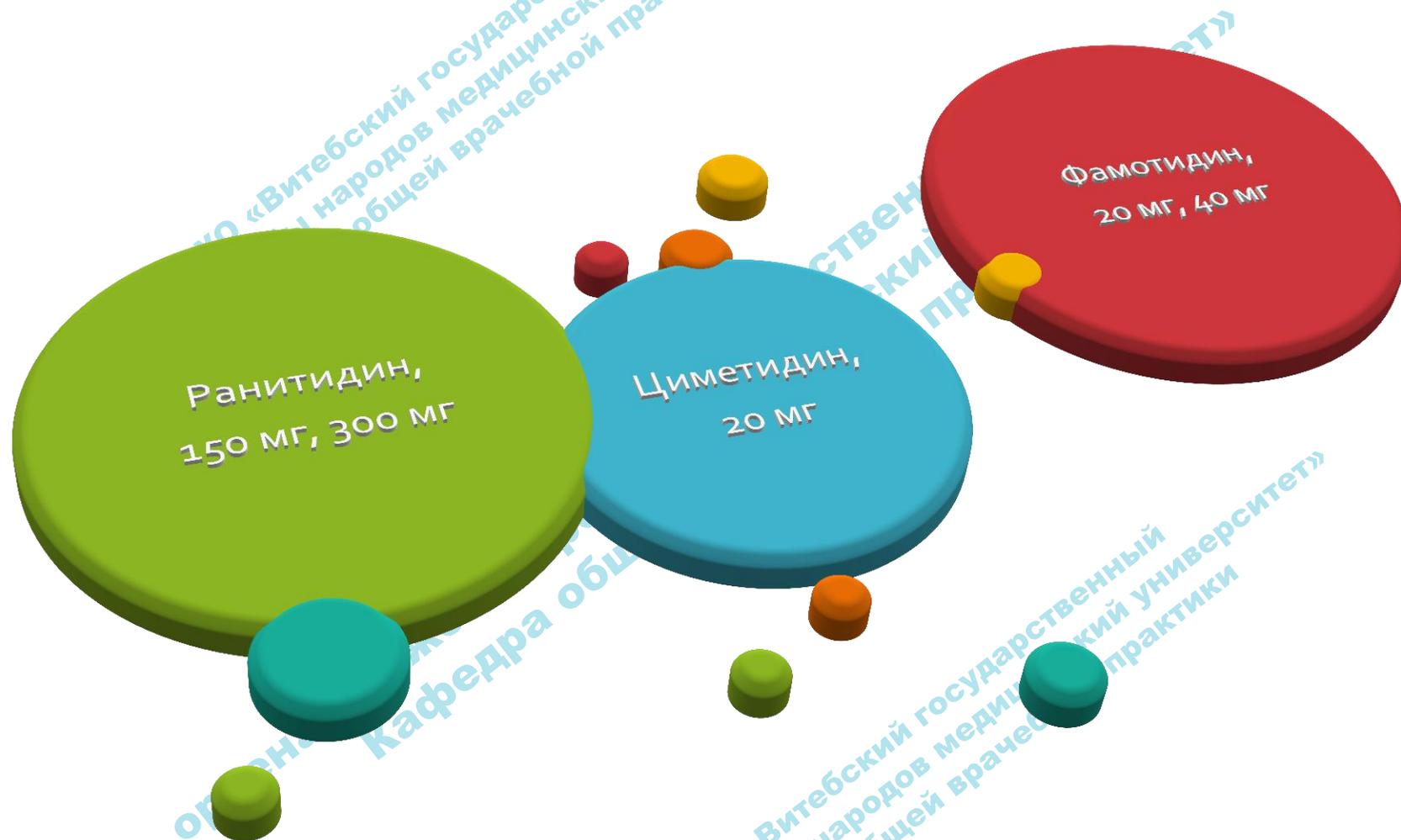


Лечение: ингибиторы протонной помпы, показания и противопоказания

- ИПП обладают выраженным антисекреторным действием, блокируя заключительную стадию секреции соляной кислоты за счет торможения активности фермента H^+/K^+ - АТФ-азы в париетальных клетках желудка.
- **Показания к назначению ИПП:**
 - Язвы (эрозии) верхних отделов ЖКТ
 - Умеренные и тяжелые формы рефлюкс-эзофагита
 - Лечение инфекции H_p (в сочетании с антибактериальной терапией)
 - Синдром Золлингера-Эллисона
- **NB! Нельзя использовать ИПП в монотерапии при неизвестном хеликобактерном статусе в связи с резким повышением риска развития рака желудка**

Лечение: H₂-блокаторы, стандартные дозы

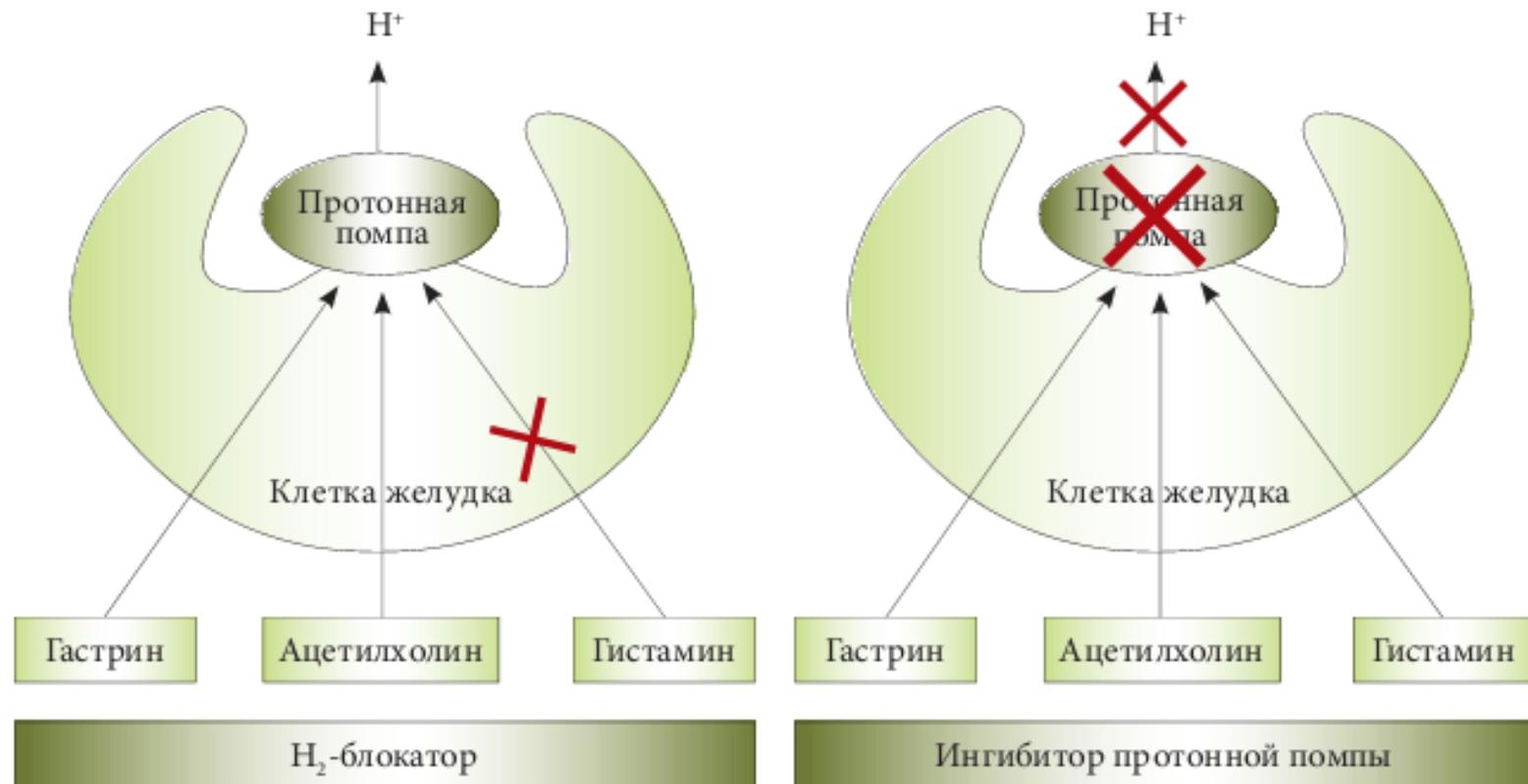
Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»



УО «Витебский государственный
народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

УО «Витебский государственный
народов медицинский университет»
Кафедра общей врачебной практики

Лечение: H₂-блокаторы, механизм действия



- Препараты этой группы являются специфическими конкурентными антагонистами (блокаторами) H₂-рецепторов гистамина в обкладочных клетках слизистой оболочки желудка, ингибируют секрецию желудочного сока; тормозят базальную, ночную и стимулированную секрецию.
- К настоящему времени известно 5 препаратов этой группы: циметидин, ранитидин, фамотидин, низатидин и роксатидин.

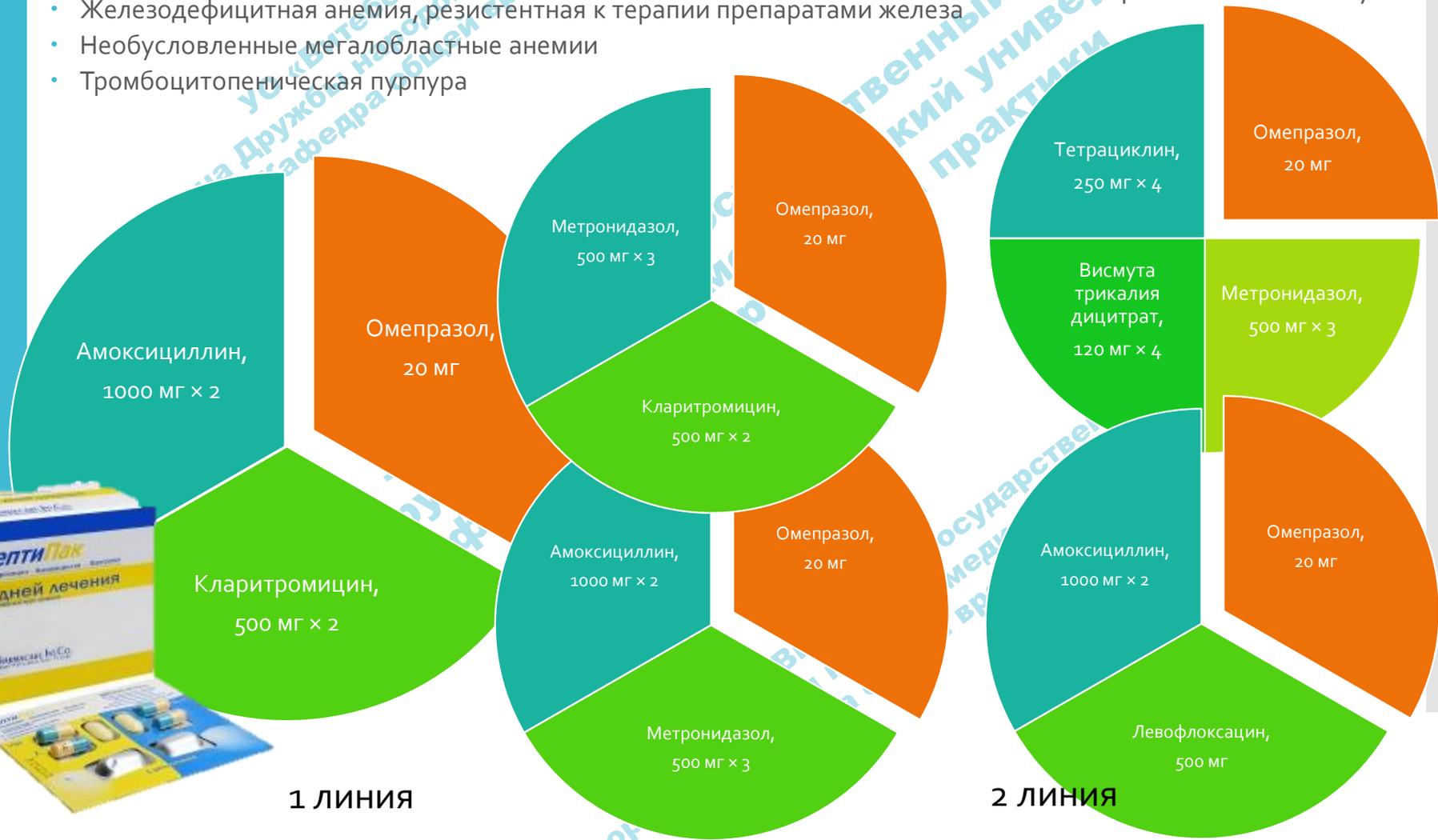
Абсолютные клинические показания к эрадикации H.p:

- Функциональная диспепсия в регионах с высоким распространением инфекции H.p
- Язвы (эрозии) верхних отделов ЖКТ
- Атрофический гастрит
- Экстранодальная лимфома из клеток маргинальной зоны (MALT-лимфома)
- Состояние после резекции желудка по поводу рака
- Железодефицитная анемия, резистентная к терапии препаратами железа
- Необусловленные мегалобластные анемии
- Тромбоцитопеническая пурпура

- H.p устойчив к действию многих антибактериальных препаратов
- В настоящее время схемы эрадикации H.p определены региональными рекомендациями, которые созданы на основе международного Маастрихтского консенсуса

Лечение: эрадикация H.p, абсолютные клинические показания и ОСНОВНЫЕ СХЕМЫ

Основание: Консенсус Маастрихт V,
2015



Лечение: эрадикация H.p., современные аспекты

Основание: Консенсус Маастрихт V,
2015

- Под эрадикацией понимают полное уничтожение бактерии H.p (как ее вегетативной, так и кокковой формы) в слизистой оболочке желудка.
- Существуют определенные правила проведения диагностики эрадикации H.p: она должна осуществляться не раньше чем через 4-6 недель после окончания антихеликобактерной терапии, курса любых антибиотиков или антисекреторных средств; проводится как минимум двумя диагностическими методами; для непосредственного выявления бактерии в биоптате слизистой (бактериологический, морфологический, уреазный) необходимо исследовать два биоптата из тела желудка и один – из антрального отдела; серологические методы, цитологический метод и ИФА с целью диагностики эрадикации H.p не используют.
- Одним из возможных способов построения схемы при высокой резистентности H.p к метронидазолу является замена его на нитрофураны. Доза фуразолидона должна составлять 200 мг 2 раза в сутки, так как более низкие дозы характеризуются значительно более низкой эффективностью. Резистентность H.p к фуразолидону развивается медленно и составляет 1,0-1,8%.
- Для повышения эффективности терапии и преодоления резистентности возможно удлинение курса эрадикационной терапии до 14 дней.
- Не существует отдельных показаний для проведения эрадикации у детей и подростков (лечение проводится, как у взрослых, с расчетом суточных доз, исходя из массы тела).
- В 2003 г. Zullo A. и Vaira D. предложили оригинальную схему 10 дневной *последовательной* терапии, включавшей в первые 5 дней ИПП и амоксициллин, а в последующие 5 дней – ИПП, кларитромицин и тинидазол. Схема является доказанной.
- Не следует назначать трехкомпонентную терапию, включающую ИПП и кларитромицин, без предварительного определения чувствительности к антибиотикам в регионах, где уровень резистентности к кларитромицину превышает 15-20%.
- При неэффективной эрадикационной терапии дальнейшее лечение целесообразно проводить после определения чувствительности микроорганизма к антибиотикам.
- Применяемые в терапии антибиотики и висмутсодержащие препараты подавляют деятельность бактерий *Helicobacter pylori*, что иногда приводит к получению ложноотрицательных результатов уреазного теста, гистологического исследования, бактериального посева и дыхательного теста.

Лечение: прокинетики, ДОЗЫ

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»



Лечение: прокинетики, показания и противопоказания

- Показания:
 - Функциональная диспепсия,
 - нарушение моторики верхних отделов ЖКТ
 - врожденная недостаточность кардиального отдела;
 - гастроэзофагеальный рефлюкс, ГЭРБ;
 - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 - хронический гастрит и язвы с симптомами диспепсии.
- Прокинетики усиливают сократительную способность пищевода и повышают тонус нижнего пищеводного сфинктера, обладая антидофаминергическим действием (метоклопрамид, домперидон) или повышая физиологическое высвобождение ацетилхолина на уровне нервного мезентериального сплетения (цизаприд, мозаприд).
- Недостатками прокинетиков-блокаторов дофаминовых рецепторов являются экстрапирамидные расстройства, в большей степени выраженные у метоклопрамида.
- К побочным эффектам относятся также головная боль, головокружение, галакторея.
- При применении метоклопрамида, цизаприда может развиваться брадикардия, суправентрикулярная аритмия.
- Мозаприд – прокинетик нового поколения, относится к производным бензамида, является антагонистом серотониновых 5HT₄-рецепторов, не оказывает экстрапирамидных побочных эффектов (не действует на D₂-дофаминовые рецепторы). В отличие от цизаприда, мозаприд не стимулирует моторную активность прямой кишки. Препарат оказывает специфическое действие на верхний отдел желудочно-кишечного тракта: повышает давление в нижнем пищеводном сфинктере; ускоряет желудочное и дуоденальное опорожнение, предупреждая стаз и дуодено-желудочный рефлюкс.

Лечение: антациды, форма выпуска

Основание: Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь №54 от
01.06.2017 года «КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ «Диагностика и лечение
пациентов с заболеваниями органов
пищеварения»

Фосфат
алюминия
(гефал,
фосфалюгель)

Гидроокись алюминия
0,06/1,0 + Гидроокись
магния 0,02/1,0
(альмагель, алюмаг,
суспензия 170,0, 200,0)

Гидроокись
алюминия 0,06/1,0 +
Гидроокись магния
0,02/1,0 + Анестезин
0,02/1,0 (альмагель
А, суспензия 170,0,
200,0)

Гидроокись
алюминия 0,45 +
Магния карбонат
0,3 (гастал,
таблетки №60)

Гидроокись
алюминия +
Магния
трисиликат
(Магнагель,
таблетки №24)

Кальция карбонат
0,68 + Магния
карбонат 0,08
(ренни, таблетки
№24)

Лечение: антациды, показания и противопоказания

- Антацидные препараты назначаются «по требованию», с обволакивающей (защитной) целью
- Антацидные препараты подразделяются на:
 - всасывающиеся (викаир, викалин и др.) и невсасывающиеся;
 - системного и местного действия;
 - анионные и катионные;
 - монокомпонентные и комбинированные.
- В настоящее время предпочтение отдается невсасывающимся комбинированным антацидным препаратам (*Магнагель, Маалокс и др.*), так как они обладают кислотонейтрализующим действием, цитопротективным, репаративным, обезболивающим эффектами, имеют минимальные побочные действия и не вызывают гиперсекрецию после их отмены.
- Показания:
 - Врожденная недостаточность кардии; грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, ГЭРБ;
 - Гастриты и гастродуодениты;
 - Язвы (эрозии) верхних отделов ЖКТ;
 - Болезни поджелудочной железы;
 - Пищевые отравления
 - Профилактика лекарственных поражений слизистой оболочки желудка и пищевода
- Антациды, содержащие магния силикат (**Магнагель**) также обладают желчегонным действием, слабительным эффектом и могут назначаться в комплексной терапии заболеваний желчных путей и кишечника.
- Противопоказания: тяжёлые формы почечной недостаточности

Лечение гастродуоденита: цитопротекторы – сукральфат и висмутсодержащие препараты

Состав	Торговое название	Форма выпуска	Способы введения Дозы
Висмута трикалия дицитрат (Bismuthtrikaliidicitrat)	Де-нол (De-nol)	Таб. 120 мг №112	Детям: до 12 лет - по 1 таб. 2 раза в сут., старше 12 лет - по 2 таб. 2 раза в сут. Курс до 4-6 недель
Сукральфат (Sucralfate)	Вентер (Venter)	Таб. 500 мг № 50	Детям: с 4 лет - по 1 4-1 2 табл. (в зависимости от возраста) - 4 раза в сут. Старше 16 лет - по 1-2 таб. (по 0,5 г-1г) -4 раза в сутки 4 недели.
	Алсукрал (Alsucral)	Таб. 500 мг №60.	
	Сукральфат (Sucralfate)	Таб. №30	
Висмута нитрат, магния карбонат, натрия бикарбонат, корневище аира, кора крушины	Викаир (Vicaир)	Таб. №10	По 1-2 таб. 3 раза в сут. после еды
Висмута нитрат, магния карбонат, натрия бикарбонат, корневище аира, кора крушины, рутозид, келлин	Викалин (Vicalin)	Таб. №10	По 1-2 таб. 3 раза в сут. после еды

- Цитопротекторы способствуют активации синтеза гликопротеинов желудочной слизи, улучшая ее качественный состав, гидрофобность и повышая резистентность слизистой желудка и ДПК.
- Препараты висмута: трикалийный дицитрат висмута (*Де-нол, Трибимол, Вентрисол*), субсалицилат висмута (*Пепто-Бисмол*), алюминат висмута, галлат висмута (*Бисмофальк 50 мг*), субнитрат висмута (*Бисмофальк 100 мг*).
- Висмута трикалия дицитрат (*Де-нол*) - образует защитный слой на изъязвленных участках слизистой, стимулирует секрецию слизи, затрудняя проникновение кислоты к эпителию, ингибирует активность пепсина, предохраняя тем самым эпидермальные факторы роста; обладает антибактериальным действием, связывая *H. pylori*.
- Назначают не в острой фазе.

Профилактика

- Общие санитарно-гигиенические мероприятия
- Борьба как с активным, так и пассивным курением, поскольку оно имеет непосредственное и опосредованное ulcerогенное действие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, стимулируя секреторную функцию желудка.
- Отказ от ulcerогенных медикаментозных средств (глюкокортикоидов, нестероидных противовоспалительных средств, препаратов раувольфии, спиртосодержащих средств, настоек, калия хлорида, сердечных гликозидов, тетрациклинов, сульфаниламидов и т.д.).
- **Диспансеризация.**
- Санация очагов хронической инфекции 2 раза в год.
- Минеральные воды - в фазу ремиссии (не ранее 6 месяцев после обострения) курсом 3-4 недели.
- При отсутствии жалоб, диспептических явлений, улучшении самочувствия, отсутствии изменений при ЭГДС и в биоптатах, нормализации кислотности – снятие с учета через 2 года.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

*О том, что у тебя болит живот,
Больному говори – здоровый
не поймет.*

Альцетта (Уби Сина)

Карл Вильгельм Дифенбах
Вопрос к звёздам, 1901
фрагмент, холст, масло

